

97/1006
Suficiente

166

Universidad del salvador



“Actividad aeróbica y Bypass”

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Tutor: Lic. Daniel Rasetti

Alumno: Nicolás Daniel Rasetti

Buenos Aires, Capital Federal, 3 de diciembre de 2007

<u>1.</u>	INTRODUCCION.....	1
<u>1.1.</u>	PLANTEO DEL PROBLEMA.....	2
<u>1.2.</u>	JUSTIFICACION.....	2
<u>1.3.</u>	FUNDAMENTACION.....	2
<u>1.4.</u>	PREGUNTAS.....	2
<u>1.5.</u>	OBJETIVOS.....	3
<u>1.6.</u>	METODO.....	3
<u>2.</u>	MARCO TEORICO.....	3
<u>2.1.</u>	DISEÑO METODOLOGICO.....	3
<u>2.2.</u>	ANATOMIA DEL CORAZON.....	4
<u>2.2.1.</u>	CARACTERISTICAS ANATOMICAS.....	4
<u>2.2.2.</u>	INNERVACION AUTONOMA.....	10
<u>2.3.</u>	SISTEMA AEROBICO.....	11
<u>2.3.1.</u>	GASTO CARDIACO.....	18
<u>2.3.2.</u>	VENTILACION PULMONAR.....	20
<u>2.3.3.</u>	DIFUSION DE GASES.....	22
<u>2.3.4.</u>	TRANSPORTE DE GASES EN SANGRE.....	22
<u>2.3.5.</u>	REGULACION DE LA VENTILACION.....	23
<u>2.3.6.</u>	VOLUMEN SANGUINEO.....	24
<u>2.3.7.</u>	SERIE ROJA.....	25
<u>2.3.8.</u>	SERIE BLANCA.....	26
<u>2.3.9.</u>	RESPUESTA INFLAMATORIA.....	26
<u>2.3.10.</u>	COAGULACION.....	26
<u>2.4.</u>	SISTEMA CARDIOVASCULAR.....	28
<u>2.4.1.</u>	CORONARIAS.....	32
<u>2.5.</u>	CAUSAS QUE LLEVAN A UNA OPERACIÓN DE BYPASS.....	33
<u>2.5.1.</u>	ACIDOS GRASOS ESPECIFICOS Y COLESTEROL.....	37
<u>2.5.2.</u>	ACIDOS GRASOS POLIINSATURADOS.....	39
<u>2.5.3.</u>	AEP Y ADH.....	40
<u>2.5.4.</u>	COLESTEROL ALIMENTARIO.....	40
<u>2.5.5.</u>	INTERVENSION.....	41
<u>2.5.6.</u>	ESTRÉS.....	45
<u>2.5.7.</u>	TABACO.....	48
<u>2.6.</u>	OPERACIÓN DE BY-PASS.....	49
<u>2.6.1.</u>	PROGRAMACION.....	49
<u>2.6.2.</u>	ANTES DE LA ESTANCIA EN EL HOSPITAL.....	50
<u>2.6.3.</u>	EL DIA DE LA INTERVENCION.....	51
<u>2.6.4.</u>	DESPUES DE UN BY-PASS.....	52
<u>2.6.5.</u>	BY-PASS MINIMAMENTE INVASIVO.....	53
<u>2.7.</u>	REHABILITACION PARA CARDIACOS.....	53
<u>2.8.</u>	HIPOTESIS.....	57
<u>2.9.</u>	VARIABLES A ESTUDIAR.....	57

<u>2.10.</u>	ESQUEMA METODOLOGICO.....	58
<u>3.</u>	RESULTADOS.....	59
<u>3.1.</u>	NUEVOS VASOS SANGUINEOS.....	59
<u>3.2.</u>	EJERCICIOS AEROBICOS.....	60
<u>3.3.</u>	DIETA PARA CARDIACOS.....	61
<u>3.4.</u>	RECOMENDACIONES.....	63
<u>3.5.</u>	CONTROLES Y SEGUIMIENTOS.....	66
<u>3.6.</u>	CONCLUSIONES PREVIAS.....	67
<u>4.</u>	CONCLUSIONES.....	68
<u>4.1.</u>	CONCLUSION.....	68
<u>4.2.</u>	APORTES A NUEVAS INVESTIGACIONES.....	69
	BIBLIOGRAFIA.....	70



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1. INTRODUCCION

La enfermedad coronaria es la primera causa de muerte a nivel mundial entre hombre y mujeres, y también la primera causa de incapacidad física, particularmente en la franja de los ancianos, grupo en rápido crecimiento.

El sedentarismo es un factor de riesgo mayor para enfermedad coronaria.

Se estima un riesgo relativo de muerte de 1,9 veces más alto en las personas sedentarias cuando se las compara con grupos físicamente activos.

Recientemente se ha demostrado que la práctica regular de actividad física reduce el riesgo de muerte, incluso en individuos con otros factores de riesgo.

Esto se explica porque se ha encontrado que el ejercicio mejora la función cardiorrespiratoria en diversas situaciones, tanto en individuos sanos como en pacientes coronarios, así como la relación inversa que existe entre la capacidad de realizar actividad física y la enfermedad coronaria.

Los pacientes que presentan una cardiopatía coronarias en cualquiera de sus formas clínicas pueden tener una limitación en su capacidad de ejercicio, principalmente por la presentación de angina, trastornos del ritmo o disnea. Otros pacientes restringen voluntariamente su actividad por temor y desconocimiento tanto de los pacientes como de los médicos. En una encuesta reciente, solo el 28% de los pacientes recibió consejo médico para desarrollar actividad física luego de una operación de bypass o antes de llegar a esta, por otro lado, solo a 4 de cada 10 de estos, se les proporciona ayuda a la hora de establecer un programa de ejercicio.

Por lo expuesto previamente es que considero a este tema como de sumo interés, dada la gran población afectada y que muchos médicos aún no consideran a la rehabilitación como parte fundamental del tratamiento del paciente coronario, y cuando conocen el concepto, tienen dificultades sobre como ponerlo en práctica, lo que muchas veces hace que tampoco se realice. Además, en la formación médica de nuestro país no se enseña de forma reglada medicina del deporte, y aún más constituye una falencia en la formación de muchas residencias de cardiología, posiblemente, por este motivo es que muchos cardiólogos tienen reticencia a prescribir el ejercicio como una herramienta terapéutica.

1.1. Planteo del problema

Si bien sabemos que el trabajo aeróbico previene el riesgo cardiaco, no sabemos si luego de la de una operación de by-pass, el trabajo aeróbico posibilita la disminución del riesgo de contraer nuevamente una patología a nivel coronario nuevamente.

1.2. Justificación

Esta puede desarrollar la conciencia, de que luego de una operación de by-pass se realice trabajos aeróbicos durante el resto de su vida

1.3. Fundamentación

Los estudios realizados siempre se basan en la disminución del riesgo cardiaco antes de la operación de by-pass, Por otro lado, consideramos que el estudio contribuirá para saber si los ejercicios aeróbicos, luego de la intervención, permiten evitar riesgos cardiacos.

1.4. Preguntas

¿Se puede establecer una relación entre el trabajo aeróbico y la disminución del riesgo coronario?

1.5. Objetivos

Comprobar si existe una relación entre el trabajo aeróbico y la disminución del riesgo coronario

1.6. Método

Exploratorio

2. MARCO TEORICO

2.1 *Mapa conceptual (del marco teórico)*
2.1. Diseño metodológico *(después de Variables)*

Problema

Si bien sabemos que el trabajo aeróbico previene el riesgo cardiaco, no sabemos si luego de la de una operación de by-pass, el trabajo aeróbico posibilita la disminución del riesgo de contraer nuevamente una patología a nivel coronario nuevamente

Objetivo

Comprobar si existe una relación entre el trabajo aeróbico y la disminución del riesgo coronario

Hipótesis

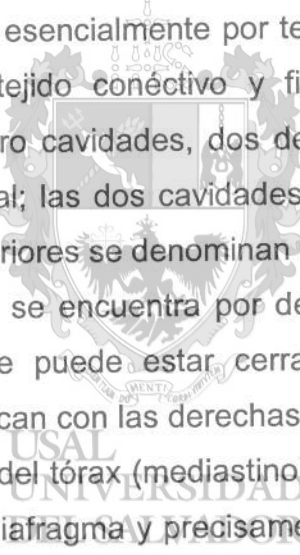
Existe la correlación entre la aparición de nuevos capilares y la actividad aeróbica en la población que vamos a estudiar

Desarrollo del Mano Técnico

2.2. Anatomía del corazón

2.2.1 Características Anatómicas

Órgano principal del aparato circulatorio, propulsor de la sangre en el interior del organismo de la sangre en el interior del organismo a través de un sistema cerrado de canales: los vasos sanguíneos.

Está compuesto esencialmente por tejido muscular (miocardio) y, en menor proporción, por tejido conectivo y fibroso (tejido de sostén, válvulas), y subdividido en cuatro cavidades, dos derechas y dos izquierdas, separadas por un tabique medial; las dos cavidades superiores son llamadas aurículas; las dos cavidades inferiores se denominan ventrículos. Cada aurícula comunica con el ventrículo que se encuentra por debajo mediante un orificio (orificio auriculoventricular), que puede estar cerrado por una válvula: las cavidades izquierdas no comunican con las derechas en el corazón. El corazón está situado en la parte central del tórax (mediastino), entre los dos pulmones, apoyándose sobre el músculo diafragma y precisamente sobre la parte central fibrosa de este músculo; está en una situación no totalmente medial, ya que en su parte inferior está ligeramente inclinado hacia el lado izquierdo (cerca de un cuarto a la derecha y tres cuartos a la izquierda de la línea medial). 

Tiene una forma que puede compararse a la de un cono aplanado, con el vértice abajo y hacia la izquierda, y la base arriba, dirigida hacia la derecha un poco dorsalmente la base se continúa con los vasos sanguíneos arteriales y venosos (arteria aorta y pulmonar, venas pulmonares y cava), que contribuyen a mantenerlo y lo contiene, compuesta por dos hojas, una de ellas íntimamente adherida al órgano (epicardio) y otra que, continuándose con la primera, se refleja en la base en torno al corazón para rodearlo completamente (pericardio propiamente dicho) entre las dos hojas, que no están adheridas entre sí, existe una cavidad virtual que permite los libres movimientos de la contracción cardíaca. Al exterior del pericardio existe tejido conectivo, muy laxo y débil, de la parte inferior del mediastino, que facilita todos los movimientos e incluso la colocación del corazón. El corazón está preferentemente formado por la aurícula y por el ventrículo derecho; la aurícula izquierda es totalmente posterior, y del ventrículo se ve sólo una pequeña parte que forma el margen izquierdo del corazón. En la unión de los dos ventrículos se forma un surco (interventricular), en el cual se encuentra la rama descendente de la arteria coronaria anterior. La punta del corazón está formada sólo por el ventrículo izquierdo. El margen derecho está formado por la pared superior de la aurícula derecha, que se continúa hacia arriba con la vena cava superior; el ventrículo derecho, que forma el borde inferior, se continúa hacia arriba con la arteria pulmonar, que sobrepasa el ventrículo izquierdo, dirigiéndose hacia el margen izquierdo del corazón. Entre la vena cava superior y la arteria pulmonar se encuentra la parte inicial de la arteria aorta, que tiene su origen en la parte superior del ventrículo izquierdo y dirigiéndose también hacia la izquierda se cabalga sobre la arteria pulmonar y el bronquio izquierdo. Entre las aurículas y ?